

Madagascar

Enquête Démographique et de Santé 1997

RAPPORT DE SYNTHÈSE

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ MADAGASCAR 1997

RAPPORT DE SYNTHÈSE


MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Cadre de l'enquête **3**

Caractéristiques de la population de l'enquête **4**

Fécondité **5**

Niveaux et tendances 5
Fécondité des adolescentes 6
Nuptialité et exposition au risque de grossesse 7
Préférences en matière de fécondité 7

Planification familiale **8**

Connaissance et utilisation de la contraception 8
Attitude vis-à-vis de la planification familiale 10
Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale ... 10

Santé de la mère et de l'enfant **11**

Soins prénatals et assistance à l'accouchement 11
Vaccinations 12
Maladie des enfants et traitements 13
Allaitement 14
État nutritionnel des enfants 15
État nutritionnel des mères 16

Mortalité des enfants et mortalité maternelle **17**

Mortalité des enfants 17
Mortalité maternelle 18

Maladies sexuellement transmissibles et SIDA **19**

Conclusions et recommandations **20**

Principaux indicateurs **22**

Institut National des Statistiques
Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales
B.P. 485
Antananarivo 101, Madagascar

Août 1998

Rapport préparé par :
Victor Rabeza, Jocelyn Razafimanjato et Juan Schoemaker
Production :
Sidney Moore, Daniel Vadnais et Kaye Mitchell

Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), réalisée à Madagascar en 1997 par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'Institut National des Statistiques (INSTAT), avec l'assistance technique de Macro International Inc. Le Fonds des Nations Unies pour la Population a financé la totalité des coûts locaux de l'enquête et l'UNICEF a contribué au projet en fournissant des véhicules et d'autres matériels pour les activités de terrain. L'assistance technique et l'équipement médical et informatique ont été financés par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

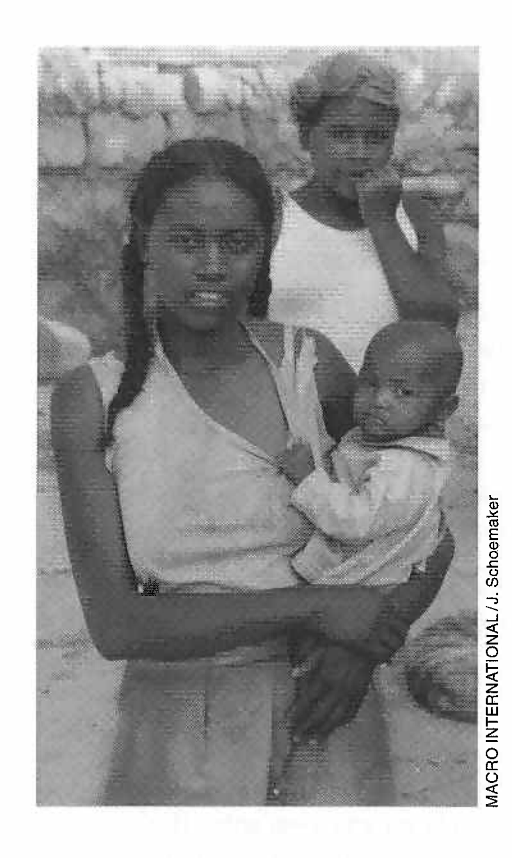
L'EDS fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys–DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant. Des informations complémentaires sur l'EDS peuvent être obtenues auprès de la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales, B.P. 485, Antananarivo 101, Madagascar. Téléphone (2612) 022.435.69. Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA. Téléphone 301-572-0200 ; Fax 301-572-0999 ; E-mail reports@macroint.com ; Internet http://www.macroint.com/dhs/

Cadre de l'enquête

L'Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (EDS 1997) est une enquête nationale par sondage. Elle a été exécutée par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales de l'Institut National de la Statistique. L'EDS a été financée par l'USAID, le FNUAP, et l'UNICEF. L'assistance technique a été assurée par Macro International Inc.

L'EDS fournit des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, l'état nutritionnel des mères et des enfants, la mortalité infanto-juvénile, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le SIDA. Au cours de l'enquête, réalisée de septembre à décembre 1997, 7 060 femmes âgées de 15-49 ans ont été interviewées avec succès.

Les informations recueillies sont significatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (la capitale, les autres villes et le milieu rural), et au niveau des six provinces *(Faritany).*


MACRO INTERNATIONAL / J. Schoemaker

Caractéristiques de la population de l'enquête

Près de la moitié de la population (46 %) est composée de jeunes de moins de 15 ans, alors que les moins de 5 ans en représentent 18 %.

Une femme de 15-49 ans sur cinq (21 %) et un homme de 15-59 ans sur cinq (19 %) sont sans instruction. Quel que soit le sexe, plus de la moitié des jeunes de 6-15 ans ont fréquenté l'école, et le taux de fréquentation est plus élevé en milieu urbain (74 %) qu'en milieu rural (50 %).

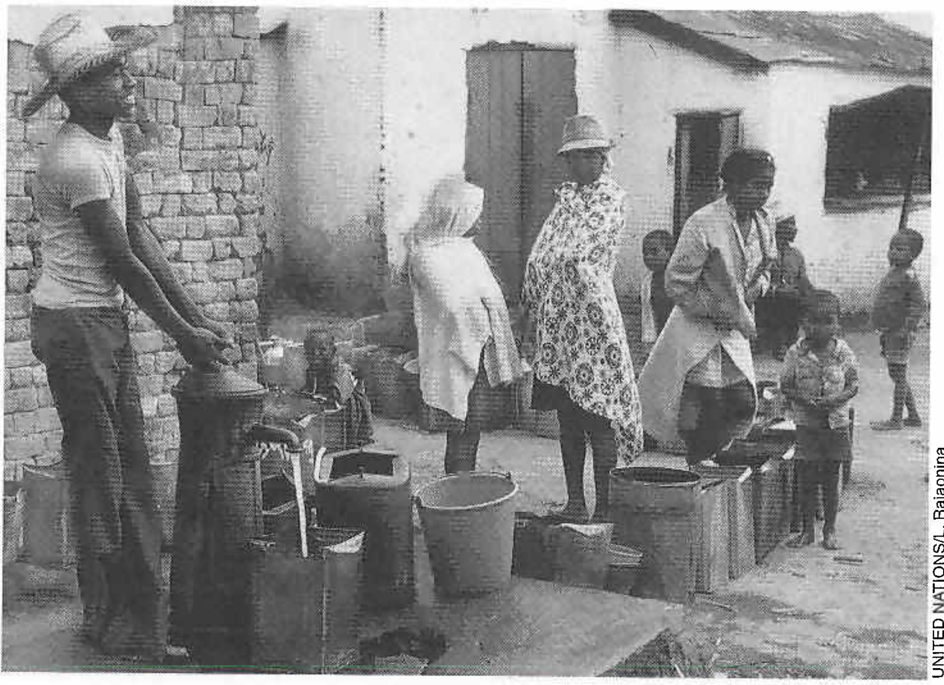
La taille moyenne d'un ménage malgache est de 4,9 personnes et, dans plus d'un ménage sur cinq (21 %), le chef de ménage est une femme.

Près de neuf ménages sur dix ne disposent pas de l'électricité, et seulement 6 % des ménages sont alimentés en eau courante. Il n'y a que 2 % des ménages qui disposent de toilettes adéquates (avec chasse d'eau).

La possession de biens durables est faible. La radio, qui constitue la principale source d'information, n'est possédée que par 38 % des ménages. Seulement 6 % des ménages disposent d'un téléphone, 5 % d'une bicyclette et 1 % d'un réfrigérateur.

Même s'il n'y a qu'un pour cent des enfants de moins de 15 ans qui soient orphelins de père et de mère, on en dénombre néanmoins le tiers qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques. On observe de plus que 8 % des enfants ne cohabitent pas avec leurs parents, bien que ceux-ci soient encore en vie.

Près de neuf ménages sur dix ne disposent pas de l'électricité et moins d'un ménage sur dix est alimenté en eau courante.



UNITED NATIONS/L. Rajaonina

Fécondité

Niveaux et tendances

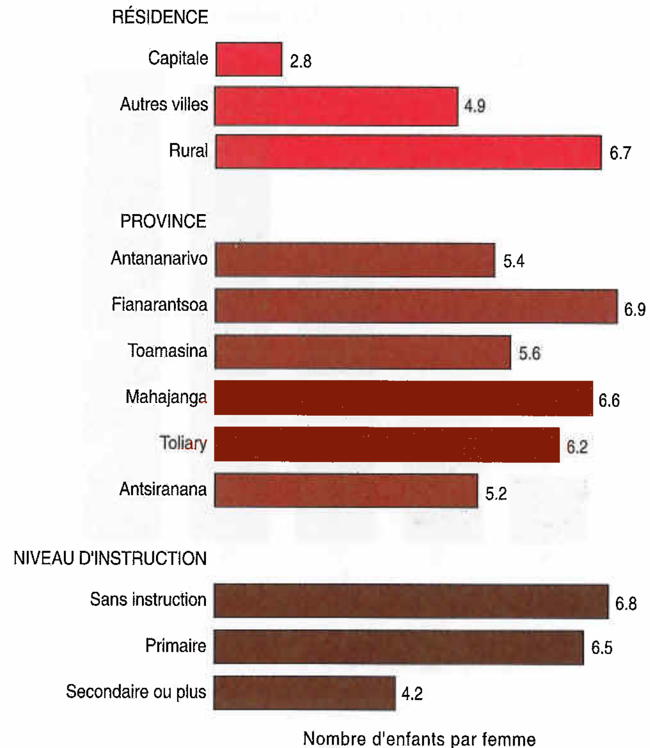
Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes malgaches donneront naissance, en moyenne, à 6,0 enfants durant leur vie féconde. Cette fécondité a peu changé ces dernières années, et se caractérise par une forte précocité.

La fécondité, exprimée ici par l'indice synthétique de fécondité (ISF), varie fortement selon le milieu et la province de résidence : en milieu urbain, les femmes donnent naissance, en moyenne, à 4,2 enfants contre 6,7 pour les femmes du milieu rural ; la fécondité dans la province d'Antsiranana (5,2 enfants par femme) est beaucoup plus faible que celle des femmes vivant dans la province de Fianarantsoa (6,9 enfants).[1]

Les niveaux de fécondité varient également en fonction du niveau d'instruction : les femmes sans instruction ont une fécondité beaucoup plus élevée (6,8 enfants) que celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (4,2 enfants).

Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes malgaches donneront naissance, en moyenne, à six enfants durant leur vie féconde.

Graphique 1
Indice synthétique de fécondité par caractéristiques socio-démographiques



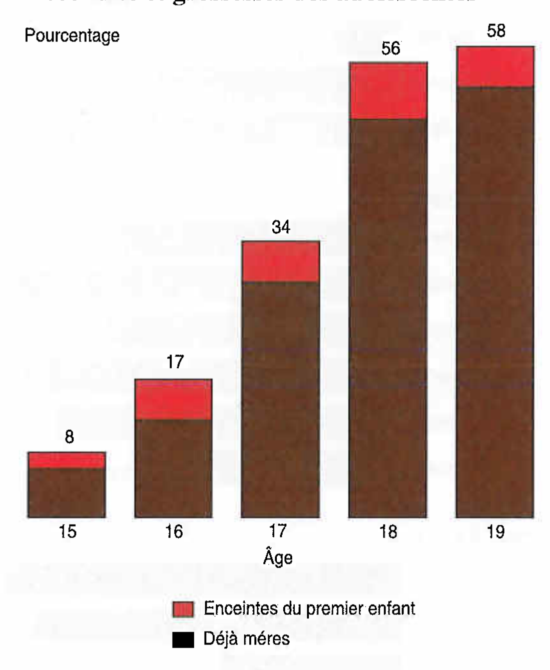
[1] L'indice synthétique de fécondité est un indicateur conjoncturel de fécondité. Il correspond au nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme en fin de vie féconde, si les niveaux actuels de la fécondité restaient invariables. Les taux présentés ici ont été calculés pour une période de trois années précédant l'enquête.

Fécondité des adolescentes

Au moment de l'enquête, 36 % des adolescentes (femmes de 15 à 19 ans) avaient déjà eu, au moins, un enfant ou étaient enceintes pour la première fois. À 18 ans, plus d'une femme sur deux (56 %) a déjà commencé sa vie reproductive. L'âge médian à la première naissance est de 19,5 ans.

Le niveau d'instruction influe sur la précocité de la fécondité : plus de la moitié des adolescentes sans instruction (54 %) ont débuté leur vie féconde, contre 37 % chez celles ayant un niveau primaire et 18 % chez celles ayant un niveau secondaire ou plus. La fécondité précoce est aussi plus marquée en milieu rural (41 %) que dans l'ensemble urbain (22 %) et que dans la capitale (10 %).

Graphique 2
Fécondité et grossesses des adolescentes



À l'âge de 18 ans, plus d'une femme sur deux a déjà, au moins, un enfant ou est enceinte pour la première fois.



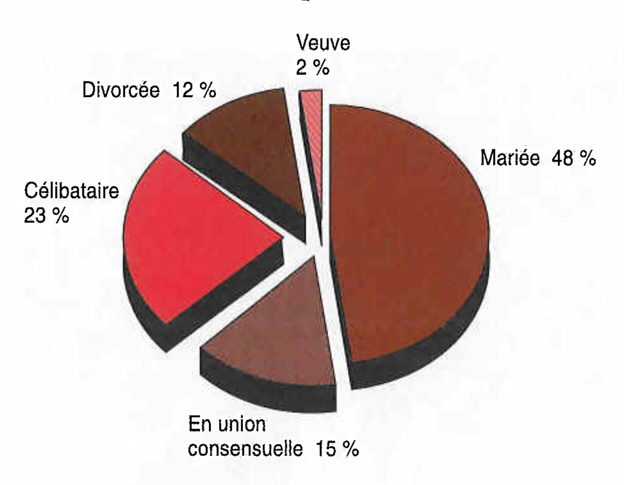
MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Nuptialité et exposition au risque de grossesse

Presque deux tiers des femmes de 15-49 ans (63 %) sont en union, soit mariées, soit vivant en union consensuelle, alors que près du quart des femmes de 15-49 ans (23 %) sont encore célibataires. La proportion des célibataires diminue très rapidement avec l'âge, passant de 66 % chez les femmes de 15-19 ans à 6 % chez celles de 35-39 ans et à 1 % chez celles de 45-49 ans.

L'activité sexuelle débute relativement tôt : à 15 ans, une femme sur cinq (20 %) a déjà eu un premier rapport sexuel. À l'âge de 18 ans, la proportion passe à 63 %. À 25 ans, c'est la quasi-totalité des femmes (92 %) qui ont eu leurs premiers rapports sexuels.

Graphique 3
Répartition des femmes par état matrimonial



Préférences en matière de fécondité

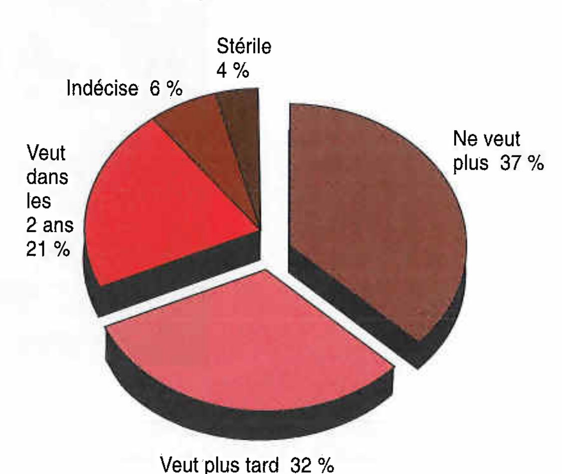
Parmi les femmes actuellement en union, 37 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfants et 32 % désirent espacer leurs naissances, c'est-à-dire, veulent attendre au moins deux ans avant d'avoir un autre enfant. Si 84 % des femmes sans enfant manifestent le désir de donner naissance à un enfant, cette proportion passe à 33 % chez celles qui ont déjà un enfant et à 6 % chez celles qui ont déjà six enfants et plus.

Le nombre idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes est de 5,3, et celui déclaré par les femmes en union est de 5,7 enfants.

Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, la fécondité totale des femmes (5,2 enfants) serait inférieure de près d'un enfant à la fécondité réelle (6,0 enfants).

Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, la fécondité totale des femmes serait inférieure de près d'un enfant à la fécondité réelle.

Graphique 4
Désir d'enfants supplémentaires



Planification familiale

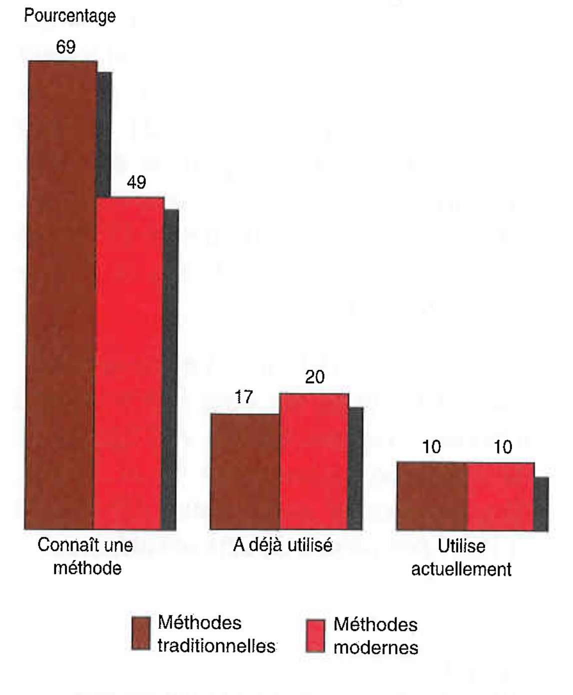
Connaissance et utilisation de la contraception

Parmi l'ensemble des femmes interrogées, près de sept sur dix ont déclaré connaître au moins une méthode moderne de contraception.[2] Les méthodes les plus connues sont l'injection (57 %), la pilule (53 %) et le condom (50 %). Une amélioration du niveau de connaissance de la contraception moderne est observée entre 1992 et 1997, passant de 57 % à 68 %.

Parmi les femmes en union, 31 % ont déjà utilisé au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie, dont 17 % une méthode moderne.

Au moment de l'enquête, 19 % des femmes en union utilisaient une méthode, dont 10 % une méthode moderne.

Graphique 5
Connaissance et utilisation de la contraception chez les femmes de 15 à 49 ans en union



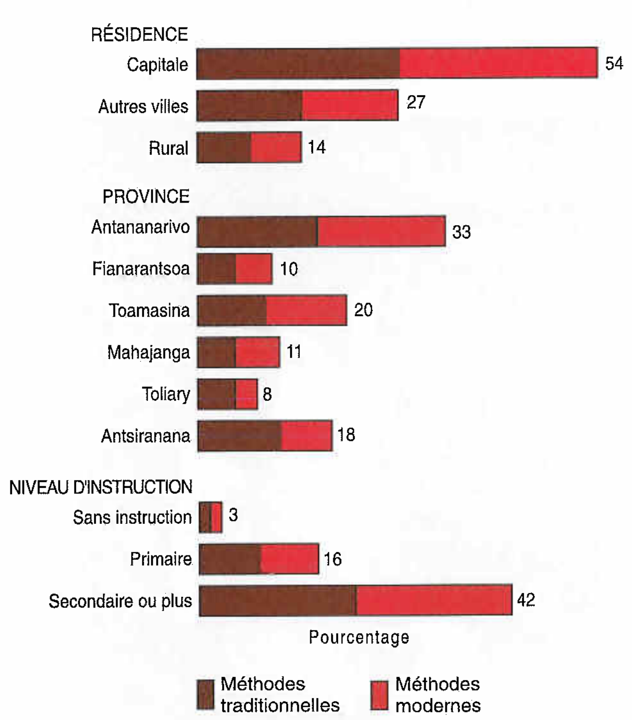


MSH/APPROPOP / G. Escudero, Michigan Fellow

[2] Les méthodes modernes comprennent la pilule, le stérilet ou DIU, les injections, l'ensemble des méthodes vaginales (spermicides, diaphragme, mousses et gelées), le condom, la stérilisation masculine, la stérilisation féminine et l'implant (Norplant).

Un peu moins d'une femme en union sur dix utilisait une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête.

Graphique 6
Prévalence de la contraception chez les femmes de 15 à 49 ans en union par caractéristiques socio-démographiques



L'utilisation des méthodes varie selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Dans la capitale, 27 % des femmes en union utilisent une méthode moderne de contraception, contre 14 % dans les autres villes et seulement 7 % en milieu rural. De même, l'utilisation de la contraception moderne augmente de façon importante avec le niveau d'instruction, de 2 % chez les femmes sans instruction à 8 % chez celles du niveau primaire et à 21 % chez les femmes du niveau secondaire ou plus.



MACRO INTERNATIONAL / J. Schoemaker

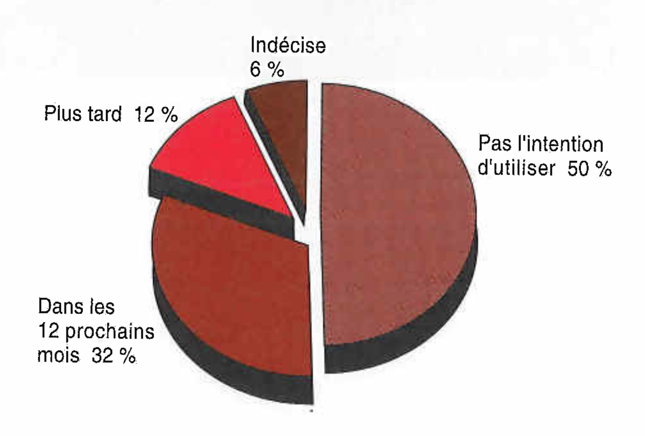
Attitude vis-à-vis de la planification familiale

Les deux tiers des femmes sont favorables à l'utilisation des média pour la diffusion d'informations sur la contraception. Cependant, plus des trois quarts des femmes ont déclaré n'avoir entendu, ni à la radio, ni à la télévision, aucun message relatif à la planification familiale durant le mois précédant l'enquête.

Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête, 45 % ont manifesté leur intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception, 45 % ont exprimé l'intention de l'utiliser dans l'avenir.

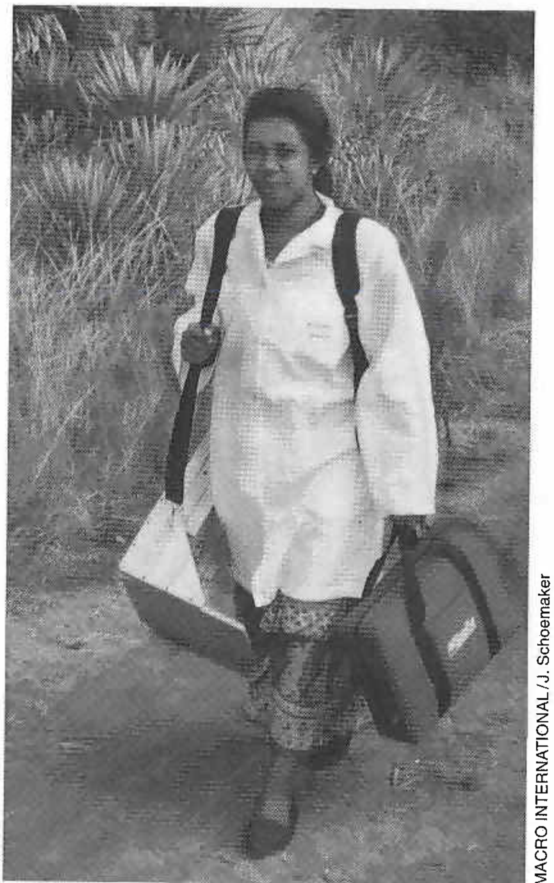
Graphique 7
Intention d'utiliser la contraception chez les non-utilisatrices en union



Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Plus du quart des femmes en union (26 %) ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, soit pour la limitation (12 %), soit pour l'espacement des naissances (14 %).

Si les femmes en union arrivaient à satisfaire leurs besoins en matière de contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 45 %.



MACRO INTERNATIONAL / J. Schoemaker

Santé de la mère et de l'enfant

Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Pour plus des trois quarts des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, les mères se sont rendues en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé. En outre, dans un cas sur deux, les mères ont reçu, au moins, une injection antitétanique pendant la grossesse.

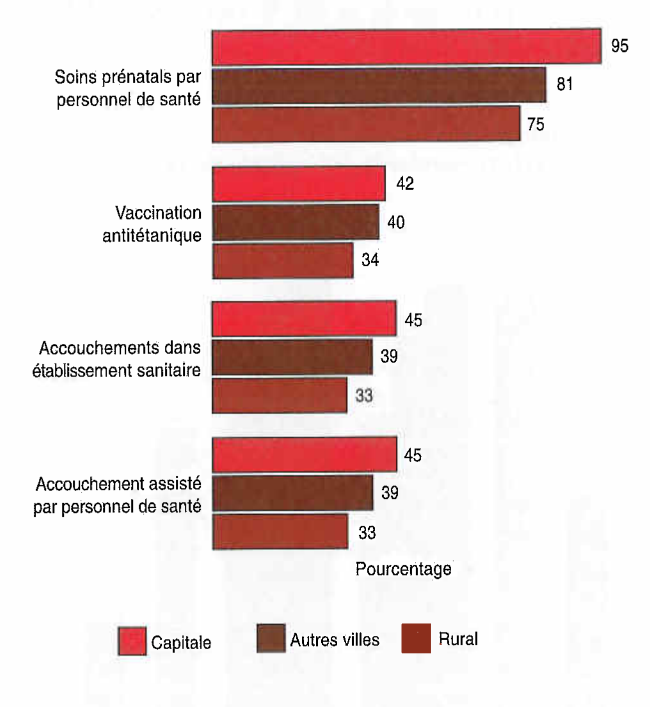
Les consultations prénatales sont plus élevées dans la capitale (95 %) qu'en milieu rural (75 %). Quant à la couverture vaccinale antitétanique, elle est légèrement plus élevée en milieu urbain (56 %) qu'en milieu rural (48 %).

Les accouchements à domicile (65 %) sont à peu près deux fois plus fréquents que les accouchements dans des établissements sanitaires (34 %). Moins de la moitié des naissances (47 %) ont été assistées par du personnel qualifié—soit un médecin, soit une infirmière—lors de l'accouchement. Le reste des naissances ont été assistées par des personnes non qualifiées, principalement des accoucheuses traditionnelles (39 %) et des parents ou amis (12 %).

Seulement 42 % des accouchements en milieu rural ont été assistés par du personnel médical formé, contre 87 % des naissances à la capitale. De la même manière, à peine 26 % des accouchements des femmes non scolarisées ont été assistés par du personnel médical, contre 76 % des accouchements des femmes ayant le niveau secondaire ou plus.

Moins de la moitié des naissances ont été assistées par du personnel qualifié—soit un médecin, soit une infirmière—lors de l'accouchement.

Graphique 8
Soins prénatals, vaccination antitétanique, lieu et assistance à l'accouchement

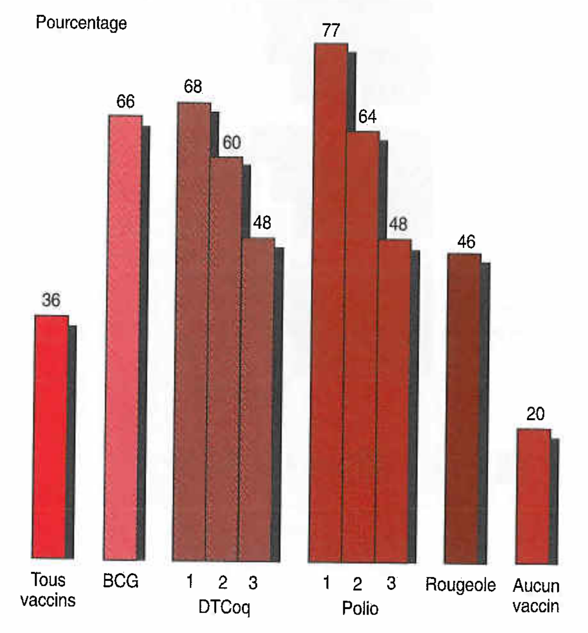


Vaccinations

Selon les carnets de vaccination et les déclarations des mères, seulement 36 % des enfants ont reçu tous les vaccins recommandés par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) : BCG, trois doses de polio et de DTCoq, et rougeole. À l'inverse, un enfant sur cinq (20 %) n'a reçu aucune de ces vaccinations. Un peu moins de la moitié des enfants de 12-23 mois ont reçu les trois doses réglementaires du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), du vaccin DTCoq et du vaccin contre la rougeole. De plus, 66 % des enfants ont reçu le BCG.

Seulement 31 % des enfants de 12 à 35 mois ont reçu tous les vaccins avant l'âge d'un an. Quarante cinq pour cent des enfants ont reçu la troisième dose de DTCoq et du vaccin antipoliomyélitique, 40 % ont reçu le vaccin contre la rougeole et 65 % ont reçu le BCG avant l'âge d'un an.

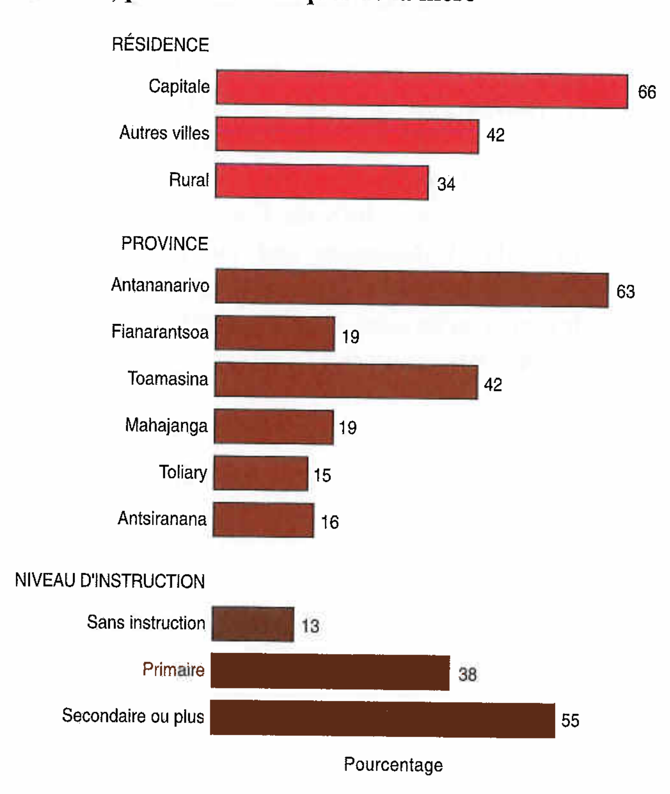
Graphique 9
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois



Seulement 36 % des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins recommandés par le Programme Élargi de Vaccination.

Le pourcentage des enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins du PEV est plus élevé en milieu urbain (46 %) qu'en milieu rural (34 %). La couverture vaccinale varie aussi avec le niveau d'instruction : elle passe de 13 % lorsque la mère est sans instruction à 55 % lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Graphique 10
Pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins du PEV, par caractéristiques de la mère



Maladies des enfants et traitement

Plus du quart des enfants de moins de trois ans (27 %) ont eu au moins un épisode diarrhéique au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, dans 4 % des cas, la diarrhée était accompagnée de sang. Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, 40 % ont été menés dans un établissement de santé, 23 % ont reçu des sachets de SRO et 1 % ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison. Alors que dans l'ensemble 63 % des enfants ont reçu davantage de liquides au cours des épisodes diarrhéiques, plus du tiers (34 %) n'ont bénéficié d'aucune thérapie de réhydratation.

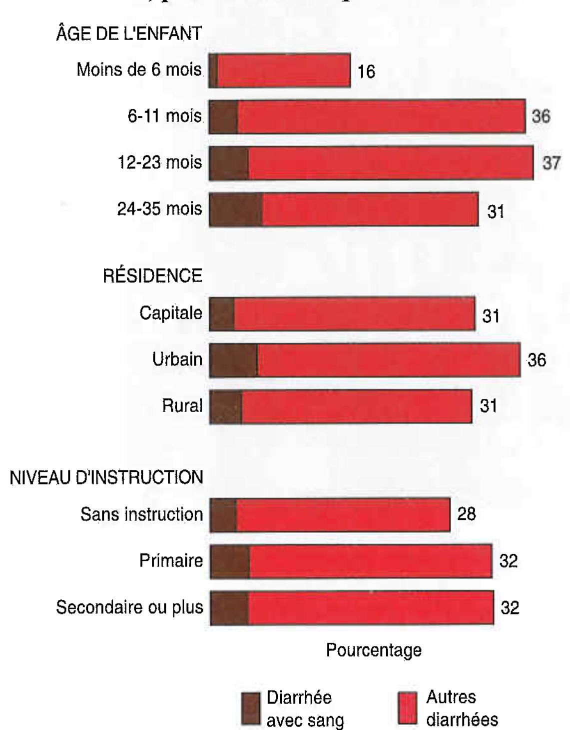
Parmi les enfants de moins de trois ans, la prévalence de la diarrhée est la plus élevée chez ceux âgés de 6-11 mois et 12-23 mois (33 %). Elle est aussi sévère en milieu urbain qu'en milieu rural et chez les enfants dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus.

MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Près d'un enfant sur quatre a souffert de la toux et d'une respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et 37 % d'entre eux ont été conduits dans une formation sanitaire. Les infections respiratoires aiguës sont particulièrement fréquentes chez les enfants de 6-11 mois (29 %) et chez ceux vivant en milieu rural (23 %).

Parmi les enfants de moins de trois ans, plus du quart ont eu la diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, et près d'un enfant sur quatre a souffert d'une infection respiratoire aiguë.

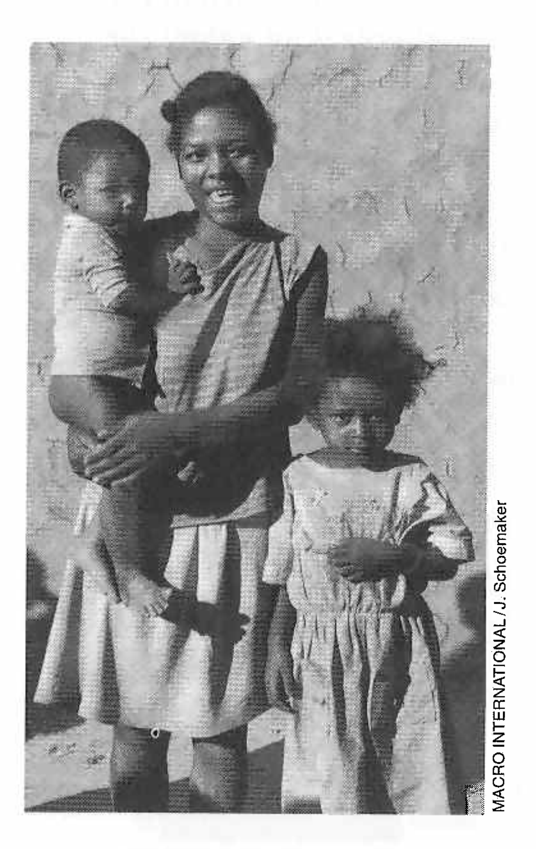
Graphique 11
Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de trois ans, par caractéristiques de la mère



Allaitement

La quasi-totalité des enfants malgaches nés dans les trois années ayant précédé l'enquête ont été allaités (97 %). Un tiers des enfants sont mis au sein dès la première heure et plus des trois quarts dans les 24 heures après la naissance. La durée médiane de l'allaitement est de 20,7 mois.

La durée médiane de l'allaitement est de 20,7 mois.



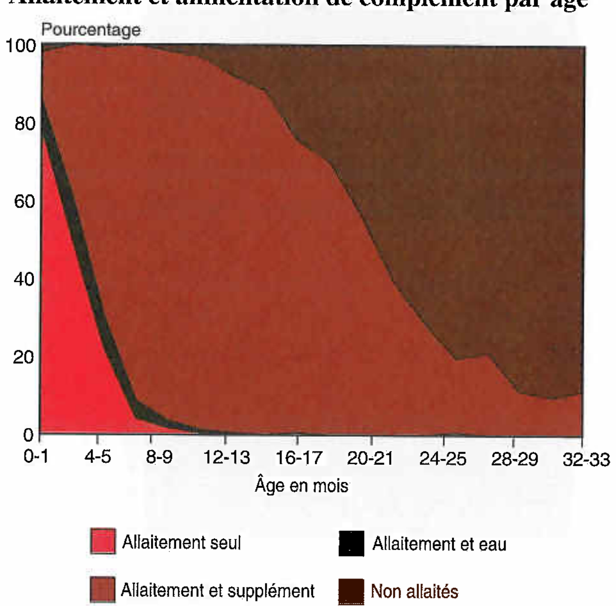
MACRO INTERNATIONAL / J. Schoemaker

Selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF, les enfants ne devraient recevoir rien d'autre que le sein jusqu'à l'âge de 4-6 mois. Cependant, à Madagascar, moins d'un enfant sur dix est exclusivement allaité et, à 0-1 mois, on compte déjà 12 % des enfants qui reçoivent des aliments solides, en plus du lait maternel.

L'OMS de l'UNICEF recommandent également qu'à partir du quatrième au sixième mois, des aliments solides soient introduits dans l'alimentation des enfants en complément de l'allaitement. Neuf enfants de 6 à 7 mois sur dix sont nourris conformément aux recommandations de l'OMS et de l'UNICEF.

Neuf enfants de 6 à 7 mois sur dix sont nourris conformément aux recommandations de l'OMS et de l'UNICEF.

Graphique 12
Allaitement et alimentation de complément par âge

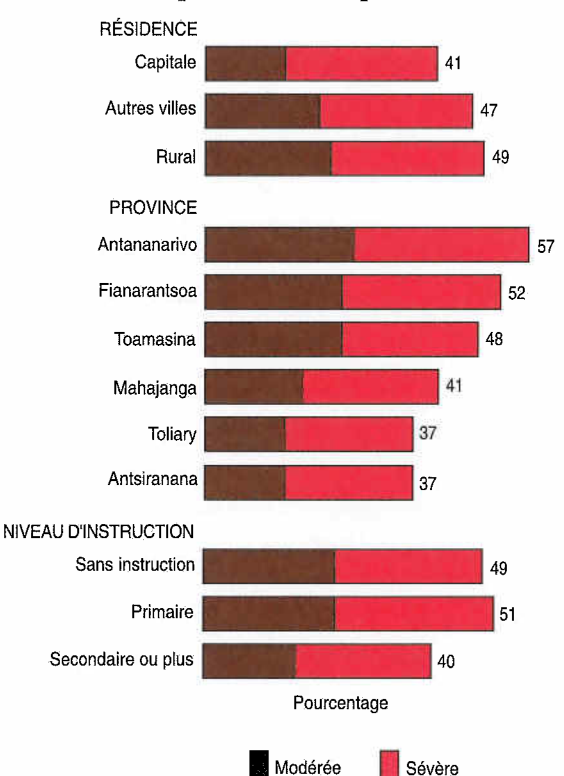


État nutritionnel des enfants

Presque la moitié des enfants de moins de 3 ans (48 %) souffrent d'un retard de croissance, c'est-à-dire qu'ils ont une taille trop petite par rapport à leur âge. Près d'un enfant sur cinq présente un retard de croissance de forme sévère. Le retard de croissance approche les deux tiers chez les enfants âgés de 12 à 23 mois.

À 12-23 mois, près de deux tiers des enfants souffrent d'un retard de croissance.

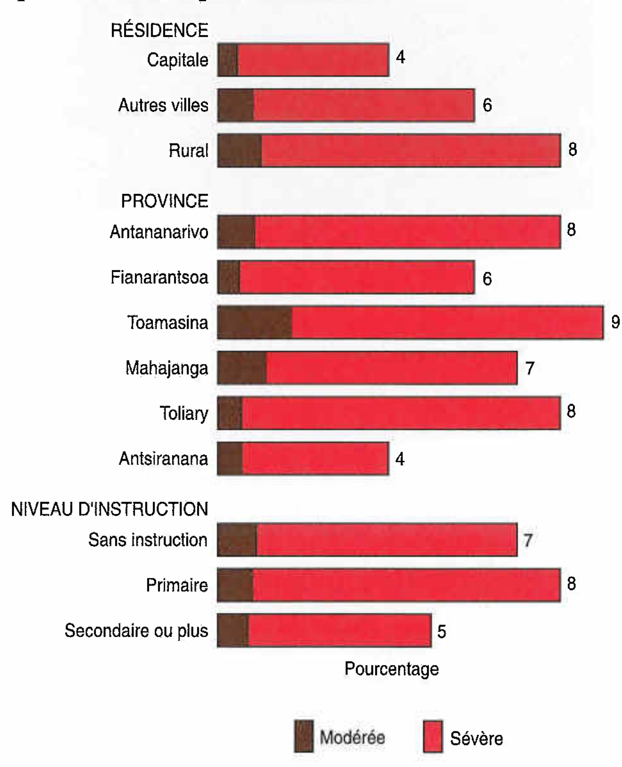
Graphique 13
Enfants de moins de 3 ans présentant un retard de croissance par caractéristiques de la mère

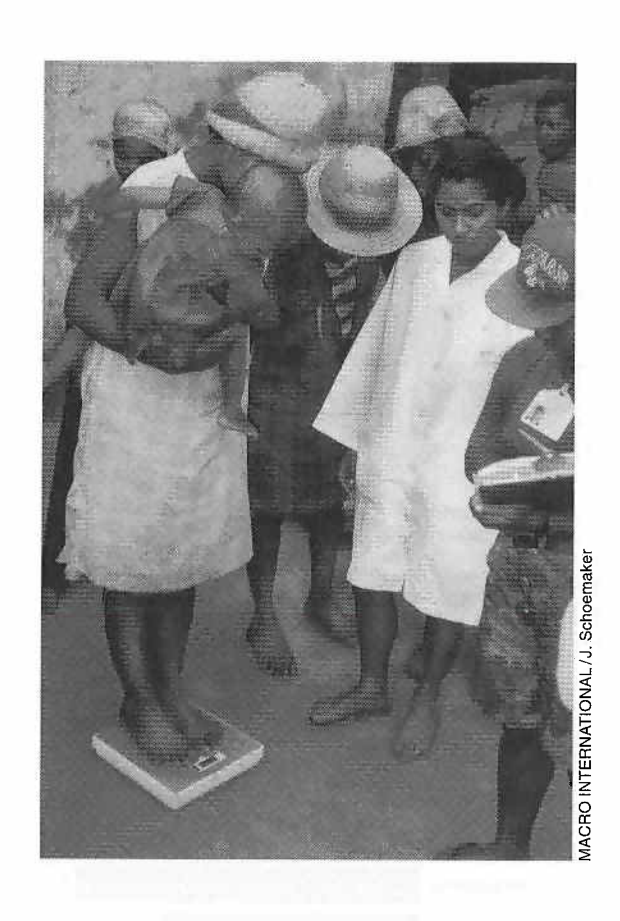


Sept pour cent des enfants de moins de trois ans sont émaciés, c'est-à-dire qu'ils sont trop maigres par rapport à leur taille. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 12-23 mois (12 %). La proportion d'enfants émaciés est plus faible en ville (5 %) qu'en milieu rural (8 %).

Douze pour cent des enfants de 12-23 mois sont émaciés.

Graphique 14
Enfants de moins de 3 ans atteints d'émaciation par caractéristiques de la mère





MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

État nutritionnel des mères

La taille des mères est un indicateur indirect du statut socio-économique dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique pendant l'enfance. La taille moyenne des femmes malgaches est de 153,0 centimètres et se situe au-dessus du seuil critique (entre 140 et 150 centimètres selon les populations) en-deça duquel une femme peut être considérée à risque.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC), calculé en divisant le poids par le carré de la taille (kg/m^2), donne une indication de l'état nutritionnel actuel. En moyenne, les femmes malgaches ont un IMC de 20,4. Une femme sur cinq a un IMC inférieur à 18,5 et peut donc être considérée comme atteinte de malnutrition aiguë.

Mortalité des enfants et mortalité maternelle

Mortalité des enfants

La mortalité des enfants reste toujours très élevée à Madagascar. Cependant, elle a connu une baisse, bien que très modeste, au cours des quinze dernières années.

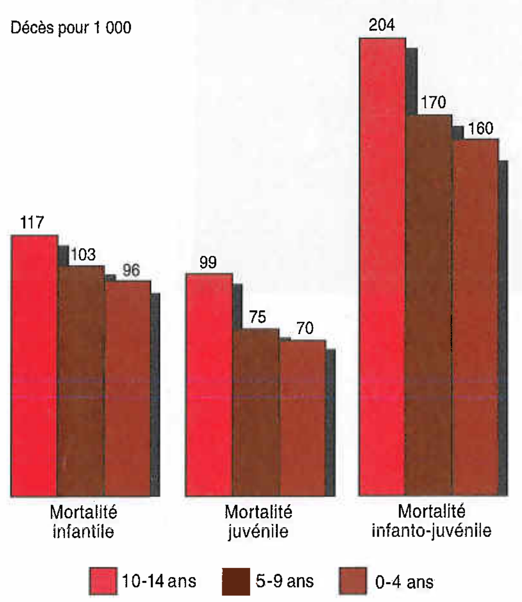
Durant la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), sur 1 000 enfants nés vivants, 96 sont décédés avant l'âge d'un an ; sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 70 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Globalement, sur 1 000 enfants vivants à la naissance, 159, ou un enfant sur six, décèdent avant leur cinquième anniversaire.

Près d'un enfant sur six décède avant d'atteindre son cinquième anniversaire.

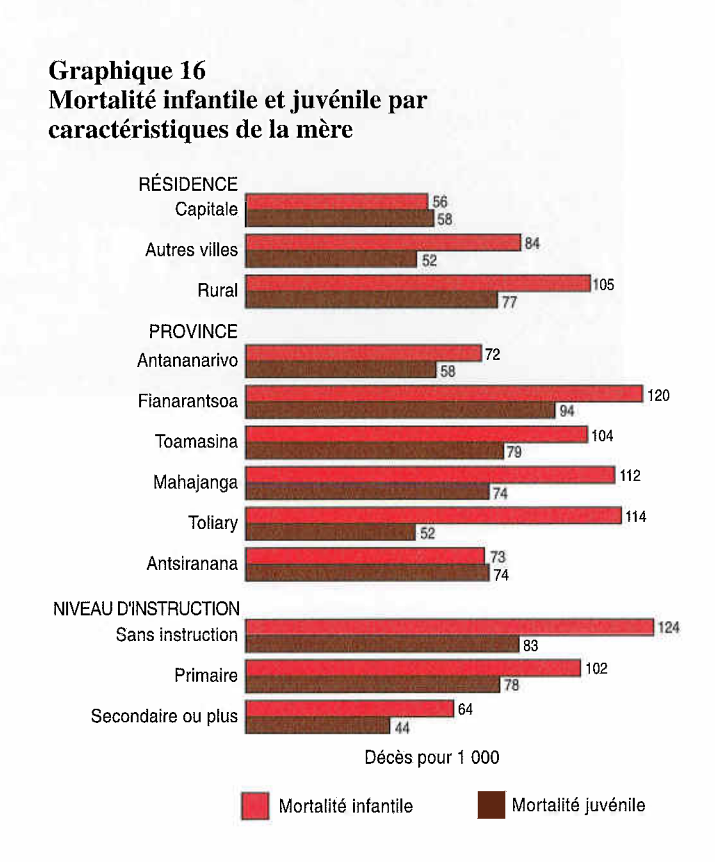
La mortalité infantile est beaucoup plus faible en milieu urbain (78 ‰) qu'en milieu rural (105 ‰). Les enfants dont la mère est sans instruction courent un risque de mourir avant un an (124 ‰) de 22 % plus élevé que ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire (102 ‰) et près de deux fois plus élevé que ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus (64 ‰).

Ce sont les enfants dont la mère est âgée de 20-29 ans qui courent le risque le moins élevé de mourir avant l'âge d'un an (94 ‰). En comparaison, les enfants nés de mère jeune (moins de 20 ans) y sont 1,3 fois plus exposés (119 ‰) et ceux nés d'une mère de

Graphique 15
Mortalité des enfants de moins de 5 ans par période avant l'enquête



Graphique 16
Mortalité infantile et juvénile par caractéristiques de la mère



40-49 ans (140 ‰) y sont 1,5 fois plus exposés. De plus, les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à deux ans) sont associés à une mortalité infantile (153 ‰) deux fois plus élevée que celle associée à des intervalles de 2-3 ans (75 ‰) et près de 3 fois plus élevée quand l'intervalle est de 4 ans ou plus (47 ‰).

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est élevée à Madagascar. Pour la période 1990-1997, parmi les décès de femmes âgées de 15-49 ans, près d'un décès sur quatre était associé à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites. Pour la même période, le taux de mortalité maternelle est estimé à 488 décès pour 100 000 naissances vivantes. Avec ce niveau de mortalité, une femme sur 33 court le risque de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

Pour la période 1990-1997, la mortalité maternelle est estimée à 488 décès pour 100 000 naissances.



E.E. Rossi

Maladies sexuellement transmissibles et SIDA

Dans l'ensemble, 54 % des femmes interrogées ont déjà entendu parler d'au moins une maladie sexuellement transmissible (MST). Les femmes urbaines sont mieux informées : 75 % de celles-ci disent avoir entendu parler d'au moins une MST, contre 46 % des femmes rurales. Dans la capitale, 90 % des femmes ont déjà entendu parler des MST. On note également une différence significative de la connaissance des MST selon le niveau d'instruction : 87 % des femmes de niveau secondaire ou supérieur ont entendu parler d'au moins une MST contre 48 % de celles de niveau primaire et seulement 29 % chez celles n'ayant aucune instruction.

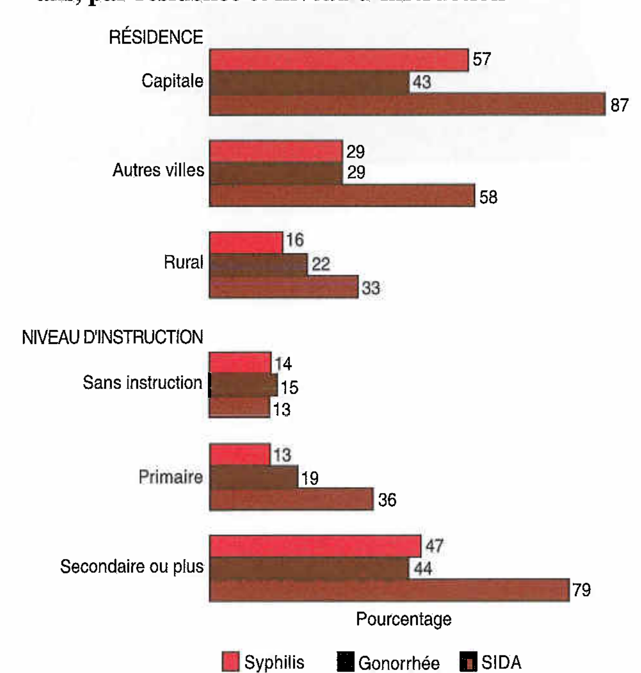
Le SIDA est la maladie la plus citée (43 % des femmes l'ont cité), devançant la blennorragie, aussi connue sous le nom de gonorrhée ou chaude-pisse (citée par 25 %), et la syphilis ou vérole (citée par 22 % des femmes).

Deux pour cent des femmes ont déclaré avoir déjà contracté au moins une MST dans les 12 mois ayant précédé l'enquête. La blennorragie semble être la MST la plus répandue.

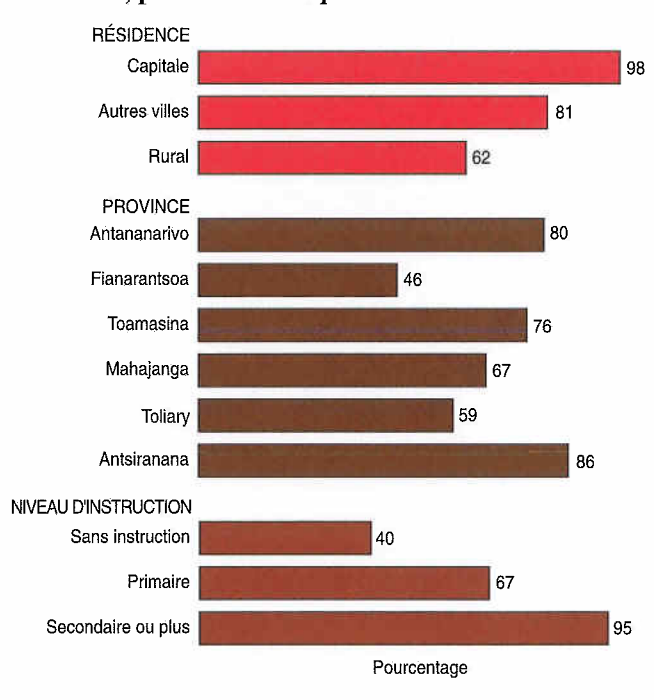
Au cours de l'EDS, on a demandé aussi à toutes les femmes si elles avaient entendu parler du SIDA. Soixante-neuf pour cent des femmes ont déclaré avoir entendu parler de cette maladie, dont 98 % dans la capitale, 86 % dans l'ensemble du milieu urbain et 62 % en milieu rural. Moins d'un pour cent des femmes interrogées ont déclaré avoir le SIDA.

Moins d'un pour cent des femmes interrogées ont déclaré avoir le SIDA.

Graphique 17
Connaissance des maladies sexuellement transmissibles chez les femmes de 15 à 49 ans, par résidence et niveau d'instruction



Graphique 18
Pourcentage de femmes qui ont entendu parler du SIDA, par caractéristiques de la femme



Conclusions et recommandations

Fécondité et planification familiale

Durant les cinq dernières années, il a été constaté que:

- La fécondité à Madagascar a pratiquement peu changé. Son niveau est resté relativement élevé;
- La fécondité est précoce, et celle des adolescentes s'est intensifiée;
- La prévalence contraceptive, quant à elle, a connu un doublement pour les méthodes modernes. Mais les chiffres mettent en évidence des niveaux relativement faibles de la connaissance et de l'utilisation de la contraception.

Face à cette situation, il est important de mener des actions visant à satisfaire la demande potentielle en matière de contraception afin d'aider les couples à espacer ou, si besoin est, à limiter les naissances, et à déterminer librement et de façon consciente, la taille de leur famille. Ces actions doivent être accompagnées de vastes campagnes d'Information, d'Education et de Communication en matière de planification familiale et d'approvisionnements en contraceptifs, notamment pour les populations rurales et les adolescentes.



MACRO INTERNATIONAL / J. Schoemaker

Santé de la mère et de l'enfant

Concernant la santé de la mère et de l'enfant, les résultats de l'EDS 1997 montrent que les indicateurs portant sur les soins prénatals, l'assistance à l'accouchement, la vaccination, l'état nutritionnel des enfants n'ont pas beaucoup évolué à Madagascar. Les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement demeurent toujours insuffisants ainsi que la couverture vaccinale contre les maladies-cible du PEV. La sous-nutrition chronique (retard de croissance) est élevée chez les enfants de moins de trois ans, notamment les enfants âgés de 12-23 mois. Le niveau de la mortalité des enfants reste toujours élevé.

La situation est assez préoccupante; il est donc important que les actions entreprises soient poursuivies et intensifiées pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant:

- Sur le plan nutritionnel, il faudrait encourager et soutenir les programmes d'information et d'éducation des mères en matière d'allaitement afin que l'introduction des compléments nutritionnels soit faite au moment propice.
- S'agissant de la lutte contre les conséquences des maladies diarrhéiques, il convient d'encourager les mères à utiliser davantage les différentes Thérapies de Réhydratation par voie Orale (TRO).
- En matière de soins prénatals, des campagnes d'éducation et de sensibilisation des mères doivent être poursuivies sur les risques de grossesses non suivies par des professionnels de la santé, et sur les avantages de l'immunisation de la mère contre le tétanos.
- La lutte contre les maladies de l'enfance par des mesures préventives devrait rester prioritaire avec, notamment, le renforcement des programmes de soins de santé primaire et celui du PEV.

Principaux indicateurs

Données de référence 1997

Superficie (en km²) 587 041
Population totale 12 221
Densité (habitants/km²) 21
Taux d'accroissement annuel de la population (en %)[1] 2,8

Enquête Démographique et de Santé de 1997

Taille de l'échantillon

Ménages enquêtés avec succès 7 171
Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès 7 060

Structure de la population

Rapport de masculinité (hommes/100 femmes) 99.5
Population de moins de 5 ans (en %) 17,9
Population de moins de 15 ans (en %) 46,5
Caractéristiques socio-démographiques des femmes interviewées (en %)
Résidant à la capitale 9,0
Résidant dans d'autres villes 19,1
Sans instruction 21,2
Instruction primaire 51,9
Instruction secondaire ou supérieure 26,9

Nuptialité et autres déterminants de la fécondité

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union 62,8
Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union ou l'ayant été 76,6
Âge médian (en années) à la première union (femmes de 25-49 ans) 18,5
Âge médian (en années) à la première naissance (femmes de 25-49 ans) 19,5
Durée médiane de l'allaitement (en mois)[2] 20,7
Durée médiane d'aménorrhée post-partum (en mois)[2] 10.9
Durée médiane d'abstinence post-partum (en mois)[2] 3,5
Durée médiane d'insusceptibilité post-partum (en mois)[2] 12,0

Fécondité

Indice synthétique de fécondité[3] 6,0
Nombre moyen d'enfants nés vivants chez les femmes de 45-49 ans 6,6

Préférences en matière de fécondité

Pourcentage de femmes actuellement en union qui :
– ne veulent plus d'enfants[4] 37,1
– veulent retarder d'au moins deux ans leur prochaine naissance 31,5
Nombre idéal d'enfants (femmes de 15-49 ans)[5] 5,3
Pourcentage de naissances des trois années précédant l'enquête qui :
– n'étaient pas désirées 12,0
– sont survenues trop tôt 13,8

Connaissance et utilisation de la planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union qui :
– connaissent une méthode quelconque 71,8
– connaissent, au moins, une méthode moderne 69,4
– ont déjà utilisé une méthode quelconque 31,0
– ont déjà utilisé une méthode moderne 17,2
– utilisent actuellement une méthode quelconque 19,4
– utilisent actuellement une méthode moderne 9,7

Pourcentage de femmes actuellement en union qui utilisent :
– la pilule 2,4
– les injections 4,7
– la stérilisation féminine 1,0
– le condom 0,7
– le DIU 0,5
– le Norplant 0,4
– la continence périodique 7,9
– le retrait 1,6

Mortalité

Quotient de mortalité infantile (/1 000)[6] 96
Quotient de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) (/1 000)[6] 159

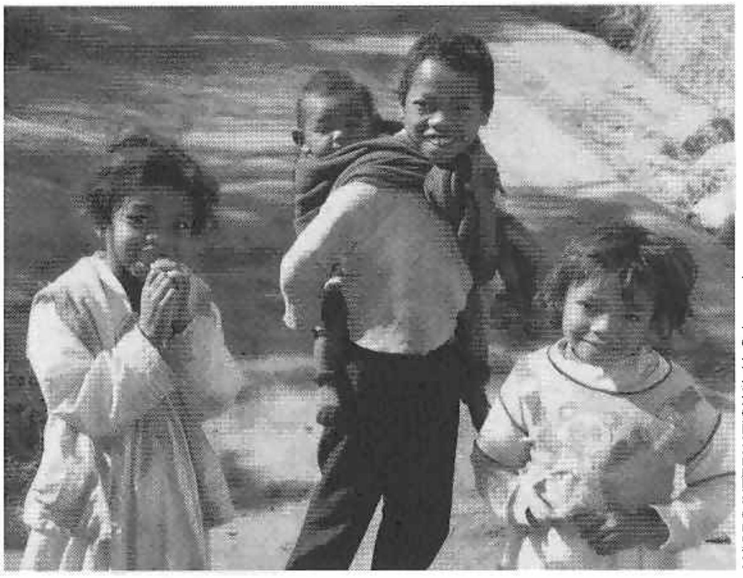
Santé de la mère et de l'enfant

Pourcentage de naissances dont les mères ont :[7]
– reçu des soins prénatals auprès d'un professionnel de la santé 76.8
– ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique 49,7
Pourcentage de naissances dont les mères ont été assistées à l'accouchement par :[7]
– du personnel formé 47,3
– du personnel non formé 39,2
– un parent ou autre relation 11,6
– sans aucune assistance 1,3
Pourcentage d'enfants encore allaités au moment de l'enquête et âgés de :
– 0-3 mois 99,3
– 4-6 mois 99,6
– 7-9 mois 98,9
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vaccinés contre[8] :
– le BCG 66,0
– le DTPCoq (trois doses) 48,4
– la polio (trois doses) 47,7
– la rougeole 46,0
– toutes les vaccinations du Programme Élargi de Vaccination (PEV) 36,2
– aucune vaccination 19,5
Pourcentage d'enfants de moins de trois ans qui, au cours des deux semaines précédant l'enquête, ont eu :
– la diarrhée 27,1
– la toux et une respiration courte et rapide 23,9
Pourcentage d'enfants de moins de trois ans qui :
– accusent un retard de croissance[9] 48,3
– sont émaciés[9] 8,3

MST et SIDA

Pourcentage de femmes qui connaissent le SIDA 68,9
Pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir une MST au cours de 12 derniers mois 4,5

1 Estimation de la DDSS.
2 Estimée sur la base des naissances survenues au cours des 36 mois précédant l'enquête.
3 Calculé à partir des naissances des femmes de 15-49 ans au cours des trois années précédant l'enquête.
4 Y compris les femmes stérilisées.
5 À l'exclusion des femmes ne s'étant pas prononcés sur un nombre précis (4,7 % des femmes).
6 Quotients relatifs aux cinq années précédant l'enquête (1992-1997).
7 Naissances survenues dans les trois ans précédant l'enquête.
8 D'après les carnets de vaccination et les déclarations des mères.
9 Retard de croissance : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour la taille-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS; Émaciation : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour le poids-pour-taille est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS.



MACRO INTERNATIONAL / J. Schoemaker